



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI del COLON-RETTO** tenutosi in data **23 marzo 2016** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O.U. Maggiore della Carità di Novara

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

ASL Biella

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Novara

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

IRCCS Candiolo

Ospedale Cottolengo

Ospedale Mauriziano

Si procede secondo l'ordine del giorno.

1. Il Dr. Jean Franzini di BIP, ha presentato al Gruppo di Lavoro della Rete i risultati del Progetto DMO - Disease Management Optimization del Paziente con Cancro del Colon Retto in Piemonte.

Il progetto, attivato lo scorso Gennaio 2015, realizzato grazie ad una sponsorizzazione incondizionata di Roche, è stato gestito da un gruppo di lavoro ristretto di referenti regionali di Patologia (Dott. Bertetto, Dott.ssa Racca, Dott. Massucco; Dott. Santarelli e Dott. Leone).

Obiettivo del progetto DMO è stato analizzare l'attuale percorso di riferimento del paziente con CCR in Piemonte al fine di identificare possibili ambiti di miglioramento nella gestione della patologia nel rispetto dei vincoli di sostenibilità per il SSN.

Il lavoro svolto con il progetto è stato diviso in due fasi:



- una prima fase di analisi organizzativa del percorso-paziente, realizzata con la revisione sistematica dei 17 PDTA attivati nelle Aziende della Regione e pervenuti alla Rete per la presa in carico del paziente con CCR;
- una seconda fase in cui si è affrontata la misurazione quantitativa del percorso, attraverso l'identificazione di 36 indicatori alimentati analizzando i flussi amministrativi sanitari (Flusso SDO, Ambulatoriale, Prescrizioni Farmaceutiche, File F).

Dall'analisi organizzativa, basata sulla lettura trasversale dei PDTA, è emersa una certa variabilità nell'impostazione diagnostica-terapeutica e, soprattutto, l'assenza di indicatori per il monitoraggio dei percorsi paziente e della loro coerenza con quanto previsto dai protocolli.

Le principali evidenze emerse dall'analisi quantitativa sono invece riconducibili a:

- presa in carico dei pazienti da parte dei gruppi multidisciplinari GIC e CAS ancora limitata e con ampia variabilità tra Aziende;
- degenze medie con ampi margini di miglioramento (14g vs 10 obiettivo della Rete);
- esami diagnostici effettuati in setting ospedaliero e non ambulatoriale (con potenziale impatto sull'allungamento delle degenze medie);
- ampia variabilità nel livello di ricorso alle metodiche endoscopiche, a parità di mix (con conseguente potenziale impatto sulle degenze medie delle realtà con i livelli più bassi);
- tempo di accesso alla chemioterapia post intervento superiore agli obiettivi dalla Rete con evidenza, in particolare di un secondo "picco" di avvio alla chemioterapia a 14-16 settimane;
- buon posizionamento in termini di mortalità con risultati in tutti gli indicatori al di sotto delle soglie stabilite dalla Rete.

Durante la riunione del GdL, dal confronto tra i partecipanti alla presentazione, sono emerse alcune proposte operative:

- valutare l'introduzione di "pacchetti" di prestazioni diagnostiche riservate ai CAS per garantire corridoi preferenziali ai casi urgenti e ridurre il ricorso a pre-ricovero e ricovero per accelerare i tempi di diagnosi (con conseguente allungamento delle degenze medie);
- creare meccanismi di raccordo con le strutture "top performers" per la condivisione delle loro best practices organizzative;
- produrre report periodici con la mappatura nel tempo degli indicatori identificati dal progetto;
- sensibilizzare gli operatori su un corretto utilizzo dei codici (ad esempio per la codifica delle visite multidisciplinari);



- velocizzare i tempi di attivazione per le AO del codice di esenzione (048) per i pazienti oncologici (il maggior tempo necessario per attivare l'esenzione potrebbe "giustificare" la minor presa in carico del CAS per i pazienti operati presso le AO).

Nelle prossime settimane verrà inviato, a ciascun referente GIC colon-retto della Rete Oncologica un report individuale con il posizionamento su tutti gli indicatori calcolati ed il confronto, anonimizzato, con le altre strutture della rete.

2. Il Prof. Leone presenta nel dettaglio il protocollo prospettico osservazionale CHECKPOINT “Studio della cardiotoxicità indotta da chemioterapia e della correlazione con i fattori di rischio cardiovascolare in pazienti con tumore coloretale che ricevono terapie orali o infusionali contenenti fluoro pirimidine” da estendere a tutti i Centri della Rete che siano interessati. Obiettivo primario dello Studio è valutare l’incidenza di eventi cardiovascolari durante i primi tre cicli di chemioterapia con capecitabina o 5-FU, attraverso l’utilizzo di tracciati elettrocardiografici (ECG) effettuati in momenti prestabiliti. Obiettivi secondari:

- verificare se l’insorgenza di alterazioni ECG durante la terapia con 5-FU o capecitabina risulti predittiva di eventi cardiovascolari;
- verificare se i pazienti con anomalie all’ECG basale risultino maggiormente a rischio di complicanze cardiovascolari durante la terapia con fluoropirimidine;
- verificare se i pazienti che sviluppano alterazioni ECG asintomatiche in corso di terapia con fluoropirimidine sono a maggior rischio di complicanze cardiovascolari;
- analizzare se esiste una correlazione tra i noti fattori di rischio cardiovascolare e gli eventi cardiovascolari indotti da fluoropirimidine;
- analizzare il ruolo di TnI e NT-proBNP come biomarker di cardiotoxicità indotta da fluoropirimidine;
- analizzare il possibile ruolo di nuovi biomarkers (troponina ad alta sensibilità) per l’individuazione precoce di danno cardiaco indotto da fluoropirimidine.

Tutti i Centri interessati dovranno inviare la loro adesione al Prof. Leone francesco.leone@ircc.it e/o alla Drssa Cagnazzo celeste.cagnazzo@ircc.it

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **21 aprile 2016**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell’OdG.